

資料提供・情報提供同意書(被保険者用)

被 保 険 者	被保険者番号		提出年月日	年	月	日
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	被保険者氏名		性別	男・女		
	住民票上の住所	〒	-	電話番号		
申請中 又は 認定済み	<input type="checkbox"/> 直近申請中のもの <input type="checkbox"/> 認定済み分(年 月 日認定のもの) <small>※ご記入がない場合は、「直近申請中のもの」に対する申請として取り扱い(受理)致します。</small>					

同 意 欄	<p>①介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、神戸市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、神戸市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。</p> <p>②【更新申請の場合のみ】今回の要介護認定、要支援認定が申請日から30日を超えるとときであっても現在の要介護、要支援認定区分の有効期間内であれば認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____</p> <p><small>※被保険者による自筆が困難な場合は、親族等による代筆が可能です(事業者は不可) <small>※被保険者氏名を代筆された方は、代筆者氏名及び続柄を記載してください。</small></small></p> <p style="text-align: right;">(続柄) _____</p>
-------------	---

提 出 者	氏名又は事業者の名称	親族(本人との関係:) 又は代行事業者				該当するものに○
	本人の場合は記入不要です	(事業者担当者名:)	事業者番号
住所又は所在地	〒	-	電話番号			

神戸市記入欄	区 窓 口 受 付	セ ン タ ー 受 付	入 力 担 当
--------	-----------------------	----------------------------	------------------